

健康増進施設利用申込書 (コスパ・テルサ専用)

事業所名					
申込責任者 (被保険者)					
事業所住所 (送付先)					
連絡先					
部 課 - -					
利 用 者				組合記入欄	
区分	記号・番号	氏 名	希望施設欄に丸印を記入してください。		発行整理番号
			コスパ	テルサ	
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
通 信 欄					

郵送又はFAXで大阪支部にお申し込ください。

送付先
大阪支部 〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4 MF天満橋ビル9F FAX 06-6944-4309

※当組合の承認印の無いものは、無効です。

出版健康保険組合

担当印

健康増進施設利用申込書 (コスパ・テルサ専用)

事業所名					
申込責任者 (被保険者)					
事業所住所 (送付先)					
連絡先					
部 課 - -					
利 用 者				組合記入欄	
区分	記号・番号	氏 名	希望施設欄に丸印を記入してください。		発行整理番号
			コスパ	テルサ	
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
本・家	-				No.
通 信 欄					

郵送又はFAXで大阪支部にお申し込ください。

送付先
大阪支部 〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4 MF天満橋ビル9F FAX 06-6944-4309

※当組合の承認印の無いものは、無効です。

出版健康保険組合

担当印
